

SEPA-Lastschriftmandat

Exemplar für den Lastschriftempfänger

Mandatsreferenz:

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

muki Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

Wirerstraße 10

Creditor-ID: AT52ZZZ00000003947

4820 Bad Ischl, Österreich

Ihre Kundennummer bei muki:

Für unterschiedliche Kundennummern oder weitere Polizen bitte mehrere Vordrucke ausfüllen.

Ihre Polizen-Nummer(n) bei muki:

<input type="checkbox"/> Kranken	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Kfz	<input type="checkbox"/> Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> Haushalt	<input type="checkbox"/> Eigenheim
Polizzen-Nummer: <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	monatlich		vierteljährlich		
	halbjährlich		jährlich		

<input type="checkbox"/> Kranken	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Kfz	<input type="checkbox"/> Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> Haushalt	<input type="checkbox"/> Eigenheim
Polizzen-Nummer: <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	monatlich		vierteljährlich		
	halbjährlich		jährlich		

<input type="checkbox"/> Kranken	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Kfz	<input type="checkbox"/> Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> Haushalt	<input type="checkbox"/> Eigenheim
Polizzen-Nummer: <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	monatlich		vierteljährlich		
	halbjährlich		jährlich		

<input type="checkbox"/> Kranken	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Kfz	<input type="checkbox"/> Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> Haushalt	<input type="checkbox"/> Eigenheim
Polizzen-Nummer: <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	monatlich		vierteljährlich		
	halbjährlich		jährlich		

<input type="checkbox"/> Kranken	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Kfz	<input type="checkbox"/> Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> Haushalt	<input type="checkbox"/> Eigenheim
Polizzen-Nummer: <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	monatlich		vierteljährlich		
	halbjährlich		jährlich		

<input type="checkbox"/> Kranken	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Kfz	<input type="checkbox"/> Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> Haushalt	<input type="checkbox"/> Eigenheim
Polizzen-Nummer: <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	monatlich		vierteljährlich		
	halbjährlich		jährlich		

<input type="checkbox"/> Kranken	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Kfz	<input type="checkbox"/> Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> Haushalt	<input type="checkbox"/> Eigenheim
Polizzen-Nummer: <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	monatlich		vierteljährlich		
	halbjährlich		jährlich		

<input type="checkbox"/> Kranken	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Kfz	<input type="checkbox"/> Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> Haushalt	<input type="checkbox"/> Eigenheim
Polizzen-Nummer: <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	monatlich		vierteljährlich		
	halbjährlich		jährlich		

Name und Anschrift des oder der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Ihr Name:

Ihre Straße und Hausnummer:

Ihre IBAN (AT: 20-stellig):

Ihre PLZ und Ort

Ihre BIC (8- oder 11-stellig):

Ihr Land

Ich (Wir) ermächtige(n) den muki Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Zahlungen von meinem (unseren) Konto mittels SEPA-Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die vom muki Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit auf mein (unser) Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich (Wir) kann (können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Datum der Belastung, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unseren) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Wenn der Einzug der Prämie mittels Lastschrift scheitert, hat der Zahlungspflichtige Rückläufergebühren der Bank und entsprechende Bearbeitungsgebühren zu tragen. Dies hat zur Folge, dass künftige fällige Prämien per Zahlungsanweisung vorgeschrieben werden.

Datum

Ihre Unterschrift(en)